Aus dem Zahnärztlichen Institut der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. Hans Fliege.

Die Ergebnisse der Untersuchungen von SA-Mannschaften der Standarte 83

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde der Hohen Medizinischen Fakultät der Philipps-Universität zu Marburg-Lahn

vorgelegt von

RUDOLF WACHHOLDER
Zahnarzt in Kassel

Marburg-Lahn 1935
Buchdruckerei Hermann Bauer in Marburg

Angenommen von der Medizinischen Fakultät Marburg
am 24. Juni 1934.

Referent: Prof. Dr. H. Fliege.

Gedruckt mit Genehmigung der Fakultät.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554421_0078

I. Zweck der Untersuchung.

Die SA der NSDAP ist eine politische Kampftruppe des Führers des neuen Deutschland, Adolf Hitler. — Nur körperlich und geistig geeignete Männer werden in ihre Reihen aufgenommen und hier durch Leibesübungen ertüchtigt und in Manneszucht charakterlich gestählt. — Die SA trat zuerst im Jahre 1921 hervor und war von 1923 bis 1925 verboten. 1925 erfolgte die Neugründung und Einführung des Braunhemdes als Dienstanzug. So hat sie sich bis heute erhalten, wenn man von der kurzen Verbotszeit April bis Juni 1932 absieht. Nach dem Umschwung 1933 hat sie sich zahlenmäßig stark vergrößert und ist je länger desto mehr durchorganisiert worden. Schon dieser knappe Ueberblick zeigt, daß die SA organisch gewachsen ist. Sie kann und wird, um ihre volkserzieherische Aufgabe als politische Glaubensträgerin der Nation im Sinne des Führers leisten zu können, zu immer größerer Vollkommenheit fortentwickelt werden.

Eine so ausgezeichnete Organisation kann nicht ohne ärztliche Betreuung durch für das Sanitätswesen verantwortliche ärztliche Führer innerhalb ihrer Reihen sein, denen die erforderlichen Mitarbeiter sowie die notwendigen Mittel zur Verfügung stehen. Hier ist die Kriegserfahrung erstmalig grundsätzlich verwertet worden, daß der Wert einer Einheit durch mangelhafte Beschaffenheit des Zahnsystems geschädigt werden kann. Deshalb sind Zahnärzte ehrenamtlich eingestellt worden und zwar bei den Stäben von Standarte und Sturmbann, die den Zustand der Zähne systematisch überwachen.

Es sind mehr als 2000 Mann der Standarte 83 einzeln zahnärztlich untersucht und für die Personalakten ein Untersuchungsbogen ausgefüllt worden, der zusammengefaßt gleichsam ein Spiegelbild des gegenwärtigen Zustandes der Zahn- und Mundverhältnisse eines jeden und darüber hinaus der

Einheit gibt. Ermöglicht wurde mir die vorliegende Arbeit durch meine Eigenschaft als Zahnarzt im Sturmbann III./83. Die Einzelergebnisse habe ich unter übergeordneten Gesichtspunkten zusammengefaßt und in Zahlen und Verhältniszahlen dargestellt. Unsere Statistik sollte die vorhandenen Schäden feststellen und zugleich den Weg zu ihrer Beseitigung finden helfen. Das praktische Problem ist, den Untersuchten zu helfen, die ganzen SA-Einheiten zahngesund zu machen. Ferner aber mußten sich wissenschaftlich interessante Ergebnisse finden lassen, namentlich durch Vergleich mit früher bei anderen Gelegenheiten festgestellten und veröffentlichten Ergebnissen. In Deutschland, in Schweden, in der Schweiz, in Frankreich und anderen Ländern wurden bei Militär- und Schulkinderuntersuchungen Zahlen gefunden, die zum Vergleich mit den hier gefundenen heranzuziehen waren. Bemerkt sei, daß auf die Wichtigkeit der zahnärztlichen Untersuchung und Versorgung für die Volksgesundheit, insonderheit auch für Truppen- und sonstige Einheiten bereits der Hygieniker Kisskalt aufmerksam gemacht hat.

II. Durchführung der Untersuchung.

Im Jahre 1912 noch klagte Michel anläßlich von Sammeluntersuchungen mit Recht: „Vielen Aerzten ist die Zahnheilkunde noch das Buch mit sieben Siegeln.“ Seitdem sind große Wandlungen eingetreten. Einerseits erkannten die Aerzte die Wichtigkeit der Zähne für den Allgemeinzustand, andererseits haben die Zahnärzte inzwischen „ärztlich denken“ gelernt. — Für Reihenuntersuchungen der Zähne kommen nur Zahnärzte in Frage, da es dabei auf den Blick für die vielen wichtigen Einzelheiten ankommt. Die mannigfachen klinischen Gesichtspunkte, die zu beachten sind und die sich mit der Entwicklung des klinischen Sonderfaches der Zahnheilkunde ergeben haben, sind weder dem Arzt noch dem Sanitätspersonal, das die Voruntersuchung (Bestimmung von Gewicht, Körperlänge u. s. w.) vornimmt, geläufig. Es kommt nicht nur darauf an, die Beschaffenheit der Zähne oder des Gebisses als Ganzes

zu erfassen, sondern auch das Zahnfleisch, ja die gesamte Mundschleimhaut ist auf Veränderungen hin anzusehen. Hier können bestimmte Erscheinungen den Blick auf Allgemeinerkrankungen lenken. Besonders zu nennen ist hier der Symptomenkomplex der Paradentose, den zu analysieren grundsätzlich geschulten Zahnärzten vorbehalten bleiben sollte, auch die Dentisten sollen hier ausscheiden. Das Gleiche trifft zu für das Gebiet der Herdinfektionen.

So wenig wie dem Arzt darf man also, wie es z. B. beim Militär bisweilen noch heute geschieht, Zahnuntersuchungen dem Sanitätspersonal überlassen. Sonst kann es zu sonderbaren Diagnosen kommen. Erst unlängst meldete sich ein junger Mann von 18 Jahren zur Untersuchung durch eine staatliche Dienststelle. Sein Gebiß befand sich in kariesfreiem, lückenlosen Zustand. Keine einzige Füllung war vorhanden, so daß sein Gebiß zweifellos zahnärztlich einwandfrei war. Die Weisheitszähne waren noch nicht durchgebrochen, was in diesem Lebensalter keine Seltenheit ist. Die ersten Molaren waren im 6. Lebensjahr systematisch extrahiert worden. Nun lautete das Urteil der mit der Untersuchung beauftragten Sanitätsperson: „Dienstuntauglich; fehlen 8 Zähne"! (Grö-schel).

Auch Dentisten — von einzelnen, besonders erfahrenen abgesehen — sollte die Reihenuntersuchung nicht anvertraut werden, schon allein aus dem Grunde, weil der Sturmbannarzt, der nicht zahnärztlich approbiert ist, die Verantwortung für zahnärztliche Untersuchung durch Dentisten, die ihm gemäß SADV Heft 7, Anlage, obliegen würde, übernehmen müßte. Kürzlich ist ein geradezu grotesker Fall — nebenbei nicht bei einer SA-Einheit — vorgekommen. Ein im übrigen geeigneter und best empfohlener Anwärter wurde von dem untersuchenden Arzt einer staatlichen Dienststelle mit der Diagnose: „Paradentose" abgewiesen. Inzwischen wurde die angebliche Paradentose von einem Dentisten dadurch „behandelt", daß eine Füllung gelegt wurde. Der hinzugezogene Gutachter mußte feststellen, daß es sich um sichtbaren Zahnstein in der unteren Front handelte, nach dessen Ent-

fernung das Zahnfleisch glatt abheilte, ohne daß auch nur eine Spur von Neigung zu Paradentose vorhanden gewesen wäre. (Gingivitis calculosa.) — Daraufhin wurde der Bewerber eingestellt. — Dieses Beispiel soll ebenfalls zeigen, daß SA-Aerzte z. B. die Aufsicht bei der Untersuchung eines SA-Mannes durch einen Dentisten, wenn sie verantwortlich handeln wollen und in Notfällen gemäß SADV, nicht übernehmen sollten, sofern sie nicht zahnärztlich vorgebildet sind. Eine etwaige persönliche Regreßpflicht könnte auch hier nach jeder Seite hin verhängnisvolle Folgen haben.

Die Untersuchung innerhalb der SA-Standarte 83 wurde so durchgeführt, daß an zwei Abenden in der Woche durchschnittlich je 40 Mann der Reihe nach vom Arzt und vom Zahnarzt untersucht wurden. Der zahnärztliche Befund wurde sogleich in ein Formular eingetragen, das jeder Befundliste besonders beigegeben wurde. Die Rubrik über den Zahnbefund war früher sehr primitiv. Die älteren Untersuchungsformulare für die Personalakten der SA-Männer enthielten zwar eine kleine Spalte über Zähne und Mundkrankheiten, die vom Arzt, meistens jedoch vom Sanitätspersonal während der Voruntersuchung ausgefüllt wurde. Dies konnte jedoch auf die Dauer nicht genügen, denn für eine derart dürftige Befunderhebung brauchte man keine Zahnärzte hinzuzuziehen. Die für Polizei und Wehrmacht benutzten Formulare paßten auch nicht recht für die SA. Jedoch schienen zunächst die vom Reichsverband der Zahnärzte Deutschlands für den Freiwilligen Arbeitsdienst entworfenen Fragebogen mit geringen Aenderungen für die SA geeignet zu sein. Die damals von der Standarte 83 selbständig beschaffte zahnärztliche Befundliste ist auf Seite 9 wiedergegeben. Der Kopf des Schriftstückes enthält Angaben über die SA-Zugehörigkeit des Untersuchten, ferner Namen, Geburtsdatum und Geburtsort des Mannes. Endlich ist seine Stellung in der SA, sein bürgerlicher Beruf und ein etwaiges Versicherungsverhältnis angegeben. Als Zahnschema zur Einzeichnung des Status dient die bei gedrängtem Raum bewährte Form eines Koordinatensystems mit den Zahlenreihen von 1 bis 8 für je eine Kieferhälfte. Bei

Zahnärztlicher Befund.

SA.-Standarte 83 Sturmbann: Sturm:
Name: Stellung in der SA.:
geboren am: Beruf:
in: Versichert?

Status:

8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8

Als Prothese ist vorhanden:
Plattenersatz = E
Vollkrone = K
Stiftzahn = St
Brücke = B

I = leicht erkrankt
II = schwer erkrankt
X = extrahiert

√ = nicht zu erhalten
○ = noch nicht erschienen
● = Füllung vorhanden

r.	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	l.
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

Hypoplasien: r. ——— | ——— l.

Munderkrankung: (Diagnose) r. ——— | ——— l.

Kiefererkrankung: (Diagnose) r. ——— | ——— l.

Zahnsteinablagerung: supragingival — subgingival

Zahnlockerung: a leicht - b mittel - c stark

r.	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	l.
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

Form des Gaumens: flach — hoch — spitz — Spaltbildung
Progenie? Prognathie?

Schlußokklusion: Kopfbiß — geringer Ueberbiß — normaler Ueberbiß
tiefer Ueberbiß — offener Biß — Kreuzbiß

Nachuntersuchung erforderlich: Wann?
a) nach erfolgter Behandlung
b) Zeitpunkt:

Dienstfähigkeit: bedingt, bejaht, verneint

Nicht zutreffendes ist durchzustreichen.

Kassel, den 193

(Entwurf Brammer.)

(Unterschrift des Zahnarztes)

jedem einzelnen Zahn wird durch vorgeschriebene Zeichen angegeben, ob er leicht oder schwer erkrankt oder schon extrahiert, ob er nicht mehr zu erhalten oder noch nicht durchgebrochen ist, und ob er bereits gefüllt ist. Eine Ziffer ohne jedes Zeichen bedeutet demnach einen gesunden Zahn. Ein zweites Zahlensystem dient zur Einzeichnung des Zahnersatzes, unterschieden nach Plattenersatz, Vollkrone, Stiftzahn oder Brücke. Drei weitere Spalten geben Gelegenheit, Hypoplasien, Mund- und Kiefererkrankungen anzugeben und in ein Schema einzuzeichnen. Die nächste Frage bezieht sich auf den klinisch so bedeutsamen Zahnstein, bei dem ausdrücklich der supra- von dem subgingivalen unterschieden wird. Hierauf folgt ein Raum, in dem Zahnlockerungen in 3 Graden (leicht, mittel und stark) vermerkt werden. Sodann folgen Fragen nach der Gaumenform (flache, hohe, spitze) einschließlich etwaiger Spaltbildungen (Hemmungsbildungen). Endlich werden die Bißverhältnisse durch folgende Fragen analysiert: Progenie? — Schlußokklusion? (Kopfbiß, geringer Ueberbiß, normaler Ueberbiß, tiefer Ueberbiß, offener Biß, Kreuzbiß.) Weiterhin soll eingetragen werden, ob und wann Nachuntersuchung erforderlich ist. Es folgt ferner ein Vermerk über Dienstfähigkeit. Am Schluß stehen Datum und Unterschrift des SA-Zahnarztes.

Inzwischen hat die oberste SA-Führung ein neues Untersuchungsformular herausgegeben und für den Bereich der gesamten SA und SS einheitlich eingeführt gemäß SADV Heft 7, Anlage. Dies zahnärztliche Krankenblatt unterscheidet sich außer in unwesentlichen Kleinigkeiten vor allem dadurch, daß die Frage nach dem Versicherungsverhältnis leider fehlt. Dagegen hat es eine Spalte über Allgemeinerkrankungen und Konstitutionsanomalien. Der grundsätzliche Unterschied ist der, daß das Untersuchungsergebnis in Prädikaten festgelegt wird. Ferner besteht eine Spalte zur Eintragung von röntgenologisch nachgewiesenen Herden, falls Röntgenbilder vorliegen, was in der SA allerdings selten zutrifft.

Nachdem jeder einzelne SA-Mann untersucht und das Ergebnis in ein solches Formular eingetragen worden war, er-

Zahnärztliches Krankenblatt.

1. Gruppe:
2. Brigade:
   Abschnitt:
3. Standarte:
4. Sturmbann:
5. Sturm:
6. Dienstgrad in der SA:
   SS:
7. Name:
8. Geburtsdatum:
9. Beruf:

Krankheitsvorgeschichte:

.....

(Lues, Tbc, Diabetes, rheumatische Erkrankungen, evtl. Konstitutionstypen)

A) Zähne: **1. Befund:** **Prädikat:** **Datum:**

R	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	L
	8	7	6	5	4	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	8	

Als Zahnersatz ist vorhanden:
Festsitzende Prothese = Br
Herausnehmbare Prothese = Pl
Vollkronen (Kr.), Stiftzahn (St.)

f = Füllung vorhanden
c = cariös

x = nicht zu erhalten
o = noch nicht erschienen oder schon entfernt

R ——— L

B) Kiefer einschl. Bedeckung:

Infektiöse Herde (Röntgenbefund, falls festgestellt):
Zahnsteinablagerung: supragingival - subgingival:
Parodontose: Zahnlockerung a leicht b mittel c stark (angeben wo?)
Röntgenbefund falls festgestellt
Form des Gaumens: flach — hoch — spitz

Befund	Prädikat	Datum
2. Befund		
3. „		
4. „		
5. „		
6. „		

und Okkl. Anomalien:
Okklusion:

Kopfbiß geringer Ueberbiß — normaler Ueberbiß — tiefer Ueberbiß — offener Biß — Kreuzbiß, progene — prognathe — Okklusionsstellung.

(Zutreffendes unterstreichen!)

C) Weichteile der Mundhöhle (Wangen, Lippen, Mundboden, weicher Gaumen, Zunge)

D) Sonstiger Befund:

den 193

Nachuntersuchungen:

(Unterschrift des SA/SS-Zahnarztes).

Form. 1 Zur Dienstanweisung für Zahnärzte.
Verlag Jos. C. Huber, Diessen v. München.

III. Tabellarische Zusammenstell

	I/83		II./83	
	Anzahl	%	Anzahl	%
Untersuchte	326		317	
Davon R.V.O.-Versicherte	169	51,84	159	50,1
„ V.K.B.-Versicherte	33	10,11	57	17,9
„ Privat-Versicherte	30	9,21	18	5,6
„ Nichtversicherte	94	28.84	83	26,1
Davon erhielten die Note:				
1 weder Karies noch Füllungen	17	5,21	19	5,9
2 keine Karies, aber Füllungen	96	29,45	116	36,3
3 leichte Karies (Behandlung erforderlich)	72	22,09	66	20,8
4 tiefzerstörte Zähne (Behandlung erforderlich)	141	43,25	116	36,5
Behandlung war notwendig bei				
Ersatz war erforderlich bei	22	6,75	15	4,7
u. zw. im Oberkiefer bei	18	5,52	12	3,7
im Unterkiefer bei	3	0,92	2	0,6
im Unter- und Oberkiefer	1	0,31	1	0,3
Paradentose bestand bei	8	2,45	13	4,1
Davon waren R.V.O. versichert	7	2,15	7	2,2
„ „ V.K.B.-Versicherte			4	1,2
„ „ Nichtversicherte	1	0,31	2	0,6
Munderkrankte	32	9,82	39	12,3
Nachuntersuchung war erforderlich bei	107	32,82	136	42,9
„ „ nicht erforderlich bei	219	67,18	181	57,1
Kopfbiß	5	1,54	17	5,3
Geringer Überbiß	59	18,09	77	24,2
Normaler Überbiß	203	62,27	148	46,6
Tiefer Überbiß	25	7,67	40	12,6
Offener Biß	12	3,68	19	5,9
Kreuzbiß	18	5,52	4	1,2
Progenie	—	—	11	3,4
Prognathie	4	1,23	1	0,3
Hoher Gaumen	274	84,05	221	69,7
Flacher Gaumen	38	11,66	72	22,7
Spitzer Gaumen	14	4,29	24	7,5
Hypoplasien	34	10,43	29	9,1
Dienstfähig	266	81,59	266	83,8
Bedingt dienstfähig	60	18,41	42	13,3
Nicht dienstfähig	—	—	9	2,8

Sturmbann VI (Pioniersturmbann) wurde zu Beginn der Untersuchu

er Untersuchungsergebnisse.

r m b a n n									
II./83		IV. 83		V. 83		VII./83		Zusammen	
l	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl	%
		301		176		400		2008	
	63,34	86	28,57			138	34,50		
	14,55	19	6,31			109	27,25		
	1,84	35	11,63			48	12,00		
	20,27	161	53,49			105	26,25		
	6,35	18	5,98	6	3,41	26	6,50	117	5,85
	20,90	63	20,93	61	34,66	137	34,25	575	28,75
	28,28	85	28,24	54	30,68	118	29,50	533	26,65
	44,47	135	44,85	55	31,25	119	29,75	783	39,15
									65,80
	4,92	5	1,66	8	4,55	10	2,50	84	4,20
	2,25	2	0,66	7	3,97	4	1,00	54	2,70
	1,23	1	0,33	1	0,56	3	0,75	16	0,80
	1,43	2	0,66	—	—	3	0,75	14	0,70
	3,28	13	4,32	3	1,7	2	0,50	55	2,75
	2,86	12	3,99	Ver-		2	0,50	42	2,10
	0,41	1	0,33	sicherung				3	0,01
				war nicht				3	0,01
	12,09	44	14,62	festzustellen	2,27	25	6,25	203	10,15
	38,52	70	23,26	17	9,66	86	21,50	604	30,20
	61,48	231	76,74	159	90,34	14	78,50	1384	69,20
	5,12	16	5,31	29	16,42	17	4,25	109	5,45
	14,76	22	7,31	23	13,07	24	6,00	277	13,85
	53,29	193	64,12	66	37,50	253	63,25	1123	56,15
	11,89	41	13,63	40	22,73	65	16,25	269	13,45
	6,97	3	0,99	8	3,55	17	4,25	93	4,65
	5,92	22	7,32	7	3,98	14	3,50	94	4,70
	1,43	2	0,66	3	1,75	7	1,75	30	1,50
	0,62	2	0,66	—	—	3	0,75	13	0,65
	90,38	250	83,07	111	63,07	346	86,50	1643	82,15
	6,14	37	12,27	47	26,71	36	9,00	260	13,00
	3,48	14	4,66	18	10,22	18	4,50	107	5,35
	9,61	23	7,64	1	0,56	17	4,25	151	7,55
	90,98	277	92,03	174	98,25	385	96,25	1812	90,48
	9,02	19	6,31	2	1,75	15	3,75	182	8,77
	—	5	1,66	—	—	—	—	14	2,25

elöst und konnte deshalb zahlenmäßig nicht erfaßt werden.

folgte eine Belehrung des Patienten über die notwendigen Maßnahmen zur Sanierung. Die Möglichkeit seiner Behandlung auf Krankenkassen- oder eigene Kosten wurde beratend erörtert und der Patient der freien Praxis überwiesen. Ferner wurde der Zeitpunkt angegeben, zu dem eine Nachuntersuchung erfolgen soll, von der gegebenenfalls die volle Diensttauglichkeit abhängig zu machen war.

Nunmehr handelt es sich darum, zum Zwecke eines Ueberblickes die Einzelergebnisse zusammenzufassen. Für jeden Sturmbann wurde eine Liste angelegt, welche die Zahl der Untersuchten nennt und in absoluten Zahlen und Verhältniszahlen angibt, wie viele davon VKB-Versicherte waren. Diese Unterscheidung ist deshalb wichtig, weil die RVO-Versicherten einer Leistungsbegrenzung unterliegen und bei Beschaffung von Zahnersatz nur ein für viele unzureichender Zuschuß von höchstens 30.— RM. im Einzelfall bewilligt wird. Beim VKB dagegen kann im Verein mit der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte mit einer Uebernahme der Gesamtkosten gerechnet werden.

Hierauf folgt eine Klassifizierung der Untersuchten und eine Einteilung des Kariesbefundes nach Prädikaten, die ich aus Zweckmäßigkeitsgründen wie folgt für die Untersuchung festgelegt habe: Es soll bedeuten

Note I: weder Karies noch Füllungen,
Note II: keine Karies, aber Füllungen,
Note III: leichte Karies,
Note IV: tiefe Karies (tiefzerstörte Wurzeln).

Es erscheinen nun Angaben, bei wie vielen Untersuchten Zahnersatz erforderlich war, und zwar, ob im Ober- oder Unterkiefer oder in beiden. Es folgen Angaben über Paradentose und Munderkrankungen, ferner ob Nachuntersuchung erforderlich erschien oder nicht. Die verschiedenen Bißarten und Gaumenformen wurden, wie auf den Personalbogen, angegeben. Schließlich ist das Vorkommen von Hypoplasien und die Feststellung der Dienstfähigkeit ersichtlich.

Eine Zusammenstellung der Ergebnisse findet sich in der Tabelle auf Seite 12/13.

IV. Besprechung der Tabelle.

Wenn wir die vorliegende Arbeit unter nationalsozialistischen Gesichtspunkten betrachten, so bewegt den SA-Zahnarzt, der sich nicht nur für den sachlichen klinischen Befund interessiert, vor allem die Frage, ob und wie den von ihm als behandlungsbedürftig erkannten Kameraden (66% der Untersuchten) geholfen werden kann. Da springt zunächst die Feststellung hervor, daß ein erheblich großer Teil der SA-Männer von keinerlei Versicherung betreut wird. Die Zahlen der Nichtversicherten liegen im allgemeinen um etwa 30% bei vorsichtiger Schätzung. Auf dem flachen Lande liegen die zahlenmäßigen Verhältnisse nach zuverlässigem Bericht noch erheblich ungünstiger. Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse, deren Stichzeit allerdings etwa ein halbes Jahr zurückliegt, zeigen bei den einzelnen Sturmbannen Schwankungen zwischen 20,27% und 53,49% und betragen für die Standarte im Mittelwert 30,97%. Mit zunehmender Arbeitsbeschaffung wird diese Zahl sinken.

Es wäre natürlich völlig verfehlt, wenn man annehmen wollte, daß die Nichtversicherten die Möglichkeit hätten, private Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das mag für einen geringen Hundertsatz zutreffen. In den weitaus meisten Fällen liegen die Dinge jedoch so, daß die betreffenden SA-Männer aus dem Erwerbsleben jahrelang herausgerissen gewesen und inzwischen nun auch noch vom Wohlfahrtsamt — wie der Ausdruck heißt — „ausgesteuert“ worden sind. Das bedeutet, daß das Wohlfahrtsamt mit seinen ohnehin knappen Mitteln den so Betroffenen keinerlei Unterstützung für zahnärztliche Behandlung leisten kann.

Besonders schwerwiegend sind jene Fälle — etwa 4% —, in denen nicht einmal der notwendigste Zahnersatz beschafft werden kann, besonders bei beginnender Paradentose, die gerade bei älteren Kämpfern zu befürchten ist. Diese mußten ihre zum K a u e n bestimmten Zähne (Mahlzähne) infolge Fehlens jeglicher Mittel im Laufe der Kampfjahre zerfallen lassen, sodaß nur noch im günstigsten Falle die Frontzähne stehen, die nun durch Beschaffung von Zahnersatz vor gänzlicher

Ueberlastung und den damit verbundenen vernichtenden Folgen für das Zahnbett geschützt werden sollten.

Diese Tatsachen sind so ernst, daß bei weiteren SA-Untersuchungen das Versicherungsverhältnis der SA-Angehörigen unbedingt beachtet werden sollte, damit für spätere etwaige Versicherungsverhandlungen seitens der SA-Stellen möglichst eingehende und zahlenmäßig umfangreiche Feststellungen vorliegen, die im Einvernehmen mit den zuständigen Sozialreferenten der Stäbe bearbeitet werden könnten. Von Vorschlägen im einzelnen muß hier natürlich abgesehen werden.

Die versicherten Angehörigen der SA verteilen sich, wie es der sozialen Lage zu entsprechen scheint, zum geringen Teil auf Privatversicherungen, zum etwas größeren Teil auf die VKB- und mit dem größten Teil auf die RVO-Versicherungen, in deren Zahl aus Tarifgründen allerdings auch der auf die Wohlfahrtsämter entfallende Teil einbegriffen worden ist.

Wenn wir uns die Feststellung vor Augen führen, daß Nachuntersuchung bei etwa einem Drittel der SA-Männer notwendig war, daß ferner gesunde Zähne in nur etwa 6% der Fälle beobachtet wurden, daß dagegen in etwa 40% der Fälle tiefe zerstörende Karies mit gangränösem Zahnwurzelinhalt vorlag, dann läßt sich ungefähr eine Vorstellung ermöglichen von dem besorgniserregendem Zustand der Zähne innerhalb der SA und damit eines Teiles des deutschen Volkes.

Bemerkenswert ist ferner die Tatsache, daß Paradentose in 2,75% der Fälle und sonstige Mundkrankheiten in 10,15% festgestellt wurden. Diese Ziffern geben insofern zu denken, als es ungleich schwieriger ist, derartige Fälle, besonders wenn sie fortgeschritten sind, durch den Versicherungsträger einer erfolgreichen und befriedigenden Behandlung zuzuführen, andererseits ist es besonders wichtig, diese Krankheiten so zu analysieren, daß Fälle mit Aussicht auf Heilung mit sicherem Blick herausgegriffen und versorgt werden. Gerade ihnen ist bei der Nachuntersuchung, auf deren systematische, alle erfassende Durchführung besonders Wert zu legen ist, in erster Linie das Augenmerk zuzuwenden.

Die Artikulationsverhältnisse geben insofern einen interessanten Einblick, als der das Zahnsystem besonders gefährdende tiefe Ueberbiß nur in 13,45% der Fälle vorliegt. Spitzer Gaumen ist in 5% bezw. 7% zum Teil vergesellschaftet vorhanden und hat seine bekannte Bedeutung für Anamnese und Prognose mancher Fälle. Die Erhebungen über Kariesfrequenz werden zweckmäßig zum Vergleich mit bereits vorliegenden anderweitigen Untersuchungen erst im nächsten Absatz besprochen.

V. Vergleichende Schlußbetrachtung.

Die wichtigste klinische Frage, die man durch die Statistik fördern kann, ist die der Kariesfrequenz. Sie ist auch die einzige, über die zahlenmäßige Angaben aus früheren Untersuchungen vorliegen. Die Zahnkaries ist vielleicht die am meisten verbreitete Volkskrankheit, deren Schädigungsmöglichkeiten durch fauligen Zerfall einzelner Zähne nicht nur, sondern auch durch Zerstörung der Zahnreihen mit der hierdurch verbundenen Veränderung der Kaudruckverteilung und Zerstörung des Zahnbettes anderer, vielleicht kariesfreier Zähne, früher viel zu wenig beachtet wurden. Leider bedeutet auch die beste „Sanierung“ keine Heilung und Restitution. Sie bleibt immer eine künstliche Deckung von Defekten der Hartsubstanz, sofern keine sekundäre Erkrankung des Zahnmarks hinzugetreten ist.

Die Erkenntnis, daß nur bei gesunden und funktionstüchtigen Zähnen normale Verdauung erfolgt, und daß von normaler Verdauung die ganze Ernährung und zugleich die Widerstandsfähigkeit des Körpers abhängen kann, erzwingt nicht nur die Teilnahme des Arztes, sondern vor allem auch des Betroffenen selber. Indessen ist bisher nur wenig statistisches Material gesammelt worden, das außerhalb der Bemühungen der Schulzahnpflege für Erwachsene Geltung haben könnte.

Folgende Tabelle mag ein Bild der früher erfolgten Befunderhebung geben:

Namen der Untersuchenden	Zahl der untersuchten Mannschaften	Kariöse Zähne	Im Durchschnitt
Röse	5840	39 616	6,7 %
Kimmle	1000	4 659	4,6 %
Lührse	2846	11 519	4,6 %
Port	858	4 245	4,9 %
Steffen	450	1 833	4,7 %
Bruck	3000	26 493	9,3 %
Richter	1000	5 897	5,9 %

Folgende Tabelle soll einen Vergleich früherer Untersuchungen mit dem vorliegenden Befund ermöglichen. Da das Material der Literatur zum Vergleich nur wenig brauchbar ist, müssen wir uns auf eine Gegenüberstellung der Hundertzahlen bei intakten Gebissen beschränken.

Namen der Untersuchenden	Zahl der untersuchten Mannschaften	Ganz intakte Gebisse	Verhältniszahl
Lührse	2438	311	12,6 %
Bruck	3000	184	6,13 %
Michel	10148	578	5,78 %
SA-Standarte 83 . .	2008	117	5,85 %

Hierbei ist auffallend und zugleich verständlich, daß die von Lührse untersuchten pommerschen Grenadiere der Vorkriegszeit eine weitaus günstigere Verhältniszahl aufweisen als unsere Kasseler SA. Wie aber erklärt sich die fast genau mit der unseren übereinstimmenden Zahl, welche sich bei Militäruntersuchungen in verschiedenen Teilen Deutschlands ergeben hat und die sich über mehr als 10 000 Mann in verschiedenen Zeitabschnitten erstreckte? — Der Grund ist vielleicht der, daß Männer, die immun gegen Zahnkaries sind, es von Anfang bis Ende ihres Lebens bleiben. Man kann also bei Untersuchungen verschiedener Altersklassen mit einem gleichbleibenden, allerdings ziemlich niedrigen Prozentsatz dieser Konstitution rechnen. Der von Lührse errechnete Prozentsatz ist deshalb nicht allgemeingültig, weil er aus einem kleinen und ausgesucht kerngesunden Bevölkerungsteil stammt. Im übrigen darf man nicht außer Acht lassen, daß ein wesentlicher Unterschied zwischen dem Menschenmaterial des alten Reichsheeres und dem der heutigen SA besteht. Auf der

einen Seite stehen ausgesuchte gesunde und junge Leute, während im Braunhemd der SA alle Altersklassen und Gesundheitszustände, deren Wirtschaftslage zum Teil sogar schwierig war, sich vereinigen. SA-Untersuchung ist also Volksuntersuchung!

Im Gegensatz zu den bisher genannten Militäruntersuchungen, die nur aktive Soldaten betrafen, hat Röse's Statistik die gesamten jungen Leute zu erfassen gesucht, welche sich der militärischen Musterung der Vorkriegszeit zu unterziehen hatten. Röse stellte fest, daß die als tauglich Befundenen im allgemeinen bessere Zähne hatten, als die aus anderweitigen Gründen Untauglichen.

Aber wie die SA sonst keiner Truppe gleichgestellt werden kann, ebenso ist auch ihre Statistik mit keiner anderen auf die gleiche Stufe zu stellen, es kann sich eben nur um einen rohen Vergleich handeln.

Wenden wir uns nun zur Paradentose, jener Krankheit, der nächst der Karies die meisten Zähne zum Opfer fallen. Wohl hat die Reichswehr auf Betreiben von Weski in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft für Paradentoseforschung ihre Paradentoseerkrankten zahnärztlich versorgen lassen. Auch hier kann die Reichswehr als Vorbild gelten, was die Organisation des Sanitätswesens betrifft. Wenn auch in der SA einseitige Ernährung weniger zu befürchten ist, so dürften Mangelkrankheiten im Hinblick auf Jahreszeiten und soziale Lage nicht ausgeschlossen sein, was die Paradentose fraglos begünstigt. Es scheint so, daß jedoch die Ueberlastungsparadentose am häufigsten festzustellen ist. Immerhin sind 2,75% ein beachtlicher Krankenbestand, der besonders sorgfältiger Beratung und Versorgung bedarf. Noch wichtiger ist es aber fast, daß die Erkrankung überhaupt und richtig erkannt wird.

Bei den „Munderkrankten" handelte es sich fast ausschließlich um Gingivitis marginalis oder calculosa und Stomatitis ulcerosa. Andere Munderkrankungen, wie Soor, Aphthen, diphtheritische, tuberkulöse oder syphilitische Schleimhautaffektionen kamen nicht zur Beobachtung.

Großen Wert legten wir auf die Klassifikation der verschiedenen Bißformen und Gaumenbildungen. Da die Zahnbögen im engen Zusammenhang mit den Wachstumsverhältnissen des Schädels stehen, so dürften auch die normal und häufig wiederkehrenden Formen zur rassischen Wertung des Menschenschlages von Bedeutung sein. Jedenfalls ist das ein Gebiet anthropologischer und rassekundlicher Forschung, das aus der Zusammenschau des ärztlichen als auch des zahnärztlichen Fragebogens in der SA — wie wohl kaum sonst noch — gefördert werden könnte.

Als letzter Punkt sind noch die Verhältniszahlen der Hypoplasien zu erwähnen. Deren Ursache ist bekanntlich eine Störung des Kalkstoffwechsels im Kleinkindalter verschiedener Veranlassung. Neumann fand Hypoplasien bei fast 18% der von ihm Untersuchten, Fleischmann dagegen nur bei 4%. Die Zahl der vorliegenden Untersuchung 7,55% liegt zwischen jenen beiden und dürfte der Wahrscheinlichkeit am nächsten kommen. Hypoplasien des Schmelzes — nur die äußeren, sichtbaren sind hier gemeint — interessieren wegen der Kariesanfälligkeit solcher Zähne und dann noch anamnestisch wegen ihrer allgemeinen klinischen Bedeutung (z. B. Rachitis und lange bestehende Ernährungsstörungen oder -fehler im Kindesalter).

Eine weitere Beobachtung des Zustandes der Zahnkranken in der SA und ihre zusammenfassende Bearbeitung bietet in Verbindung mit dem stets zur Verfügung stehenden ärztlichen Befundmaterial eine günstige Gelegenheit zur Verfolgung übergeordneter klinischer und sozialpolitischer Gesichtspunkte — wie selten sonst —. Es dürfte sich bestimmt noch manche produktive Fragestellung ergeben nicht nur zum Wohle der SA-Kameraden, sondern auch zur Förderung der Belange der klinischen Zahnheilkunde. Im übrigen ergeben sich aus dieser systematischen Zusammenstellung Anregungen für weitere Untersuchungen und für Fragestellungen auch im Verein mit dem Internisten, deren Verfolg sich das Zahnärztliche Institut Marburg auf Veranlassung von Professor Fliege zur Aufgabe machen wird.

Zusammenfassung.

1.) Im Vergleich mit der früher erfolgten Befunderhebung anderer Autoren, die immer nur auf einen bestimmten Bevölkerungsteil beschränkt war, der durch Lebensalter begrenzt, nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Gesamtbild vermitteln konnte, stellt die vorliegende Untersuchung eine Volksuntersuchung der männlichen Bevölkerung dar, wie sie eben nur durch das soziologische Gefüge der SA in der Zeit kurz nach der Machtergreifung durch die NSDAP in dieser umfassenden Breite nach Lebensalter und sozialer Stellung möglich war.

2.) Trotz dem im einzelnen sehr ungünstigen Gesundheitszustand der Zähne fällt auf, daß die offenbar auch konstitutionell bedingte und vor allem auf sogenannter Cariesimmunität beruhende Unversehrtheit mancher Gebisse mit 5,85% der Fälle sogar noch über der Zahl von Michel 5,78% (erhoben an Rekruten 1911) liegt. Hieraus ist der Schluß zulässig, daß cariesimmune Gebisse auch unter ungünstigen Ernährungsverhältnissen nicht erkranken, während cariesanfällige Zähne, wie der Befund ergeben hat, in solchen Zeiten durch Caries zerstört werden. Die Zahl 5,85% gewinnt dadurch noch an Gewicht, daß sie sich auf alle Lebensalter innerhalb der SA bezieht.

3.) Ueber den klinischen Befund hinaus ist es dringend notwendig, auch das Versicherungsverhältnis festzustellen, weil erst auf dessen Grundlage der SA-Mann beraten und versorgt werden kann.

4.) Es ist anzustreben, die Paradentose, ähnlich wie in der Reichswehr in der SA besonders zu beachten, und sie zur Zeit am besten im Rahmen des VKB-Vertrages frühzeitiger Behandlung zuzuführen.

Am Schluß dieser Arbeit danke ich dem SA-San.-Standartenführer Professor Dr. Fliege-Marburg für die Stellung des Themas und die Uebernahme des Referats. Dem Zahnarzt in der SA-Standarte 83 San.-Sturmbannführer Dr. Brammer-Kassel bin ich für anleitende Beratung bei der Durchführung der Arbeit zu besonderem Dank verpflichtet.

Literatur.

a) Zitierte Literatur:

Bruck: Die Einführung der Zahnpflege in Heer und Marine.

Fleischmann: Die Ursache der Schmelzhypoplasien.

Gröschel, Karl: Verweigerung der Einstellung bei der Reichswehr wegen zu weniger Zähne infolge symmetrischer Extraktionen. Zahnärztl. Rundschau 1932, Sp. 1537.

Michel: Karies, Zahnhygiene, Zahnpflege in Schule, Heer und Krankenhaus.

Röse: Zahnverderbnis.

b) Bearbeitete Literatur:

Blot, M. Medicin mavor: Un service dentaire au 79. d'infanterie.

Brodtbeck (Frauenfeld): Die Bekämpfung der Zahnkaries bei den Schweizer Rekruten im Interesse der Wehrkraft.

Frey: Die Bedeutung der Paradentose für die öffentliche Gesundheitspflege.

de Groot, D. H.: Die von der Kommission zur Untersuchung von Erkrankungen des Paradentiums bisher geleistete Arbeit und das weitere Ziel.

Günther: Rassenkunde des deutschen Volkes.

Kunert: Prophylaxe und Therapie der anormalen Zahnstellungen.

Lührse: Zahnheilkunde und Militärmedizin. Dtsch. Mschr. f. Zahnheilk. 1902, S. 276.

Schatz: Verschlechterung der Zahnersatzstücke und Militärzahnpflege.

Williger: Die Bedeutung, die Beurteilung und die Behandlung der Zahnkrankheiten im Heere.

Lebenslauf.

Am 22. 12. 1907 bin ich in Dortmund als Sohn des Oberingenieurs Alfred Wachholder geboren. Von 1913 bis 1917 besuchte ich die Volksschule in Zawadzki (O.-S.). 1917 trat ich in das Gymnasium zu Tarnowitz (O.-S.) ein und kam später infolge beruflicher Versetzungen meines Vaters auf die Gymnasien in Recklinghausen, Gütersloh und Herne, wo ich 1927 die Reifeprüfung bestand. Vom Herbst 1927 an studierte ich an der Universität Marburg Zahnheilkunde und legte dort 1932 die zahnärztliche Staatsprüfung ab. August 1932 ließ ich mich in Kassel als praktischer Zahnarzt nieder und beschäftigte mich seit meiner Zugehörigkeit zur SA mit den Fragen der vorliegenden Arbeit.

Meine akademischen Lehrer waren:

Arndt †, von Auwers, Baur, Boeminghaus, Brammer, Dittler, Eimer, Fliege, Göppert, Grüneisen, Gürber, Kunzendorf, Loebell, Nauck, Pfannenstiel, Ruete, Seidel †, Versé, Wiedhopf.